



GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO

FICHA DE REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO SERVIDOR EFETIVO - FRAT

1. Tipo de FRAT: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Reabertura <input type="checkbox"/> Comunicação de Óbito		
2. Responsável pelas Informações/ Registro: <input type="checkbox"/> SESMT <input type="checkbox"/> Chefia Imediata <input type="checkbox"/> RH		
<u>DADOS DO(A) SERVIDOR(A):</u>		
3. Nome:		
4. Data de Nascimento: / /		5. Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
7. RG: / /		8. Órgão expedidor: / /
9. Data da expedição: / /		
10. Endereço:		
11. Setor:	12. CEP:	13. Município:
14. UF:		15. Fone:
16. Lotação:		
17. CNPJ: / /		
18. Cargo:		
19. Função Exercida:		
20. Local de Trabalho:		21. Município de Trabalho:
22. UF:		
23. Horário de trabalho: às das às		24. Realizava horas extras? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<u>ACIDENTE OU DOENÇA:</u>		
25. Tipo: <input type="checkbox"/> Acidente Típico <input type="checkbox"/> Acidente Trajeto <input type="checkbox"/> Doença	26. Houve Lesão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	27. Houve Morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
28. Data do Registro: / /		29. Data do Acidente: / /
30. Hora Acidente:	31. Local do Acidente (Especificação):	
32. Município do Acidente:		33. UF: / /
34. Último Dia Trabalhado: / /		
35. Houve Afastamento do Trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		36. Boletim de Ocorrência: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
37. Agente Causador:		38. Parte do Corpo Atingida:
39. Descrição da Situação Geradora do Acidente ou Doença:		
<u>TESTEMUNHA E RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES E PELO PREENCHIMENTO:</u>		
40. Testemunha:		41. Telefone comercial:
42. Nome e Assinatura do Responsável pelas informações:		
43. Responsável pelo Preenchimento:		
44. Telefone comercial:		45. Assinatura e carimbo do emitente
<u>ATESTADO MÉDICO</u>		
46. Unidade de Atendimento Médico:		47. Data Atendimento: / /
48. Horário: : h		
49. Diagnóstico Provável:		50. CID 10:
51. Descrição da(s) Lesão (s):		52. Houve Internação Hospitalar? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
		53. Duração do Provável do Tratamento: <input type="checkbox"/> dias (Por Extenso).
		54. Haverá necessidade de afastamento do Trabalho Durante Tratamento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
55. Tratamento Prescrito:		



GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO

56. Local e Data:	, / /	57. Assinatura e Carimbo do Médico (CRM):
<u>GESPRE</u>		
58. Recebida em , / / .	59. Unidade GESPRe:	
60. Assinatura do Servidor - Comissão Técnica (Responsável pela conferência do preenchimento da FRAT)		61. Assinatura e carimbo do Médico – GESPRe (Responsável pela análise do nexo causal)
O REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO É OBRIGATÓRIO, MESMO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.		LEI 10.460/88 - CAPÍTULO III : ART. 225 § 2º - A COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE, INDISPENSÁVEL PARA A CONCESSÃO DA LICENÇA, DEVERÁ SER FEITA EM PROCESSO REGULAR, NO PRAZO DE 08 (OITO) DIAS, SALVO POR MOTIVO DE FORÇA MAIOR.
EM CASO DE ACIDENTE DE TRAJETO, ANEXAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA. O PREENCHIMENTO DESTE DOCUMENTO É OBRIGATÓRIO PARA CONCESSÃO DA LICENÇA TIPO “D”		